

Jeudi 21 novembre : 10h15
Salle séminaire 4 - Atelier 3 : Accueil et fatigue du corps
25 minutes + 5 minutes questions

La synchronisation, un enjeu de la relation psychothérapique ?

Introduction

Dans un article paru en 2015 dans *L'Évolution psychiatrique*¹, Christian Brokatzky, Michèle Gennart, Jacques Thonney et le Groupe de phénoménologie clinique de Lausanne ont exposé les enjeux de « L'attitude phénoménologique dans la pratique clinique », entre intérêt thérapeutique fondamental et limites rencontrées dans le cadre de sa mise en pratique institutionnelle. L'évènement de la rencontre du clinicien avec le patient ainsi que la disponibilité que le clinicien doit maintenir pour accéder à l'expérience vivante du patient apparaissent au centre d'une analyse au cours de laquelle les auteurs sont conduits à reconnaître plusieurs lignes de tension dans l'application clinique de l'attitude phénoménologique. Principalement, ils constatent le *hiatus* profond qui persiste entre, d'une part, un certain idéal de la phénoménologie qui engage le praticien à se tenir dans le non savoir et dans le non faire et, d'autre part, les aléas et les exigences pragmatiques de la clinique, lesquels interdisent en fait toute forme de mise en suspens. En dernier lieu, les auteurs soulignent « la dissymétrie des rôles » entre le soignant dont l'action est renvoyée à son implication professionnelle et le patient dont le besoin met en jeu sa propre existence toute entière².

Il me semble que cette question d'une dissymétrie des rôles est importante et qu'il est possible de l'interroger en repartant de l'hypothèse selon laquelle le clinicien est un « phénoménologue qui s'ignore ». La dissymétrie ne serait plus un résidu que la phénoménologie pure ne pourrait pas absorber mais peut-être le lieu où la compréhension phénoménologique résiste à devenir cette « mystique de la communication »³ que Michel

¹ Brokatzky C., Gennart M., Thonney J., Groupe de phénoménologie clinique de Lausanne. L'attitude phénoménologique dans la pratique Clinique. *Évolution psychiatrique* 2015 : 80 (4).

² Le soignant est dans « un mandat de soins » ; le patient est « à la recherche d'une aide » pour laquelle il se tient dans une « quête de sens » et dans l'attente d'un « amendement d'une souffrance psychique ».

³ Michel Foucault, Introduction à *Le rêve et l'existence* de Binswanger, repris dans *Dits et écrits*, I, p. 107. Dans *Naissance de la clinique* (Puf, Paris, 2015, p. 12), le propos est plus acerbe : « Cet accès à l'individu, nos contemporains y voient l'instauration d'un "colloque singulier" et la formulation la plus serrée d'un vieil humanisme médical, aussi vieux que la pitié des hommes. Les phénoménologies acéphales de la compréhension mêlent à cette idée mal jointe le sable de leur désert conceptuel ; le vocabulaire faiblement érotisé de la "rencontre" et du "couple médecin-malade" s'éténue à vouloir communiquer à tant que non-pensées les pâles pouvoirs d'une rêverie matrimoniale. »

Foucault a décrit chez Jaspers. Il s'agirait alors de penser la relation psychothérapique à partir de cette distribution des rôles que le clinicien et le patient investissent l'un en face de l'autre, et plus précisément l'un *pour* l'autre. Cette hypothèse du « clinicien phénoménologue qui s'ignore », je la reprends Jérôme Englebert qui en a suivi le précepte et déroulé les conséquences dans *Psychopathologie de l'homme en situation. Le corps du détenu dans l'univers carcéral* (2013)⁴. Parmi les nombreuses vignettes cliniques qui animent cet ouvrage, qui sont à chaque fois aussi bien une *matière* pour la pensée qu'une *manière* pour elle de se relancer, il y a, à mon avis, une vignette qui met en scène de façon très éloquente la dimension corporelle qui est au fondement de toute relation psychothérapeutique. Cette vignette présente la manière dont un accompagnement psychothérapeutique a pu être initié avec Michel, un patient schizophrène rencontré en centre de détention où il refusait toutes les consultations que lui proposait le clinicien :

« Après de nombreuses tentatives infructueuses pour entrer en relation, mi-raisonné, mi-agacé, nous prenons le parti de ne plus interpeller le patient. Jusqu'au jour où, ayant probablement observé cette prise de distance, c'est Michel qui nous interpella, avec son mode de communication propre, en nous adressant un salut militaire particulièrement solennel. *Sans trop savoir pourquoi*, nous prîmes le parti de lui renvoyer son salut en exécutant un garde-à-vous qui étonna les quelques patients et les membres du personnel présents ».

Cette interaction quelque peu théâtrale inaugura finalement le début des consultations de Michel avec le clinicien, comme si ce dernier, en reprenant les codes du malade, avait pu enfin se « profiler » dans son monde. Sur le plan théorique, Jérôme Englebert insiste, en présentant cette vignette, sur les compétences et les capacités intuitives propres au clinicien dans le cadre du « contre-transfert corporel ». Cet aspect de la relation thérapeutique engage donc la capacité du clinicien à *se laisser prendre au jeu de l'autre* afin de créer un espace de sens partagé. C'est l'un des thèmes importants de la *Psychopathologie de l'homme en situation* où le parti pris de la phénoménologie aboutit à ce qui m'était d'abord apparu, lorsque j'ai écrit la recension de l'ouvrage, comme de la *compréhension en acte*.

Toutefois, ce thème de la « compréhension en acte » ne me paraît plus aussi approprié que cela pour décrire ce qui est en jeu dans la vignette clinique du « salut militaire », notamment parce que la compréhension, chez Jaspers comme chez Binswanger, reste quelque chose de très intellectuel. Aujourd'hui, je qualifierai davantage cette interaction en me référant à la notion de « synchronisation » que j'ai découverte en me formant à l'hypnose ericksonienne. Comme l'explique Pascale Haag, ce qu'on appelle la « synchronisation » dans les pratiques actuelles de

⁴ Jérôme Englebert, *Psychopathologie de l'homme en situation. Le corps du détenu dans l'univers carcéral*, Hermann, Paris, 2013.

l'hypnose a été thématisé dans les années 1960 par les étudiants de Milton Erickson en lien avec la théorie de la communication et la systémique. La synchronisation vise « l'ajustement de la dynamique relationnelle [qui] est central dans le processus thérapeutique ericksonien : dès la première rencontre, l'hypnopraticien porte son attention sur différentes caractéristiques du patient – posture corporelle, rythme respiratoire, fréquence des clignements d'yeux, vitesse du débit verbal, niveau de langue – et il cherche dans la mesure du possible à s'en rapprocher, à “se synchroniser”. Cette attitude discrètement mimétique a pour effet de susciter chez le patient un sentiment de confiance et de sécurité. La synchronisation ou “accordage psychocorporel” favorise aussi chez le thérapeute l'entrée dans un état de réceptivité, d'attention à l'autre, de “résonnance”, d'empathie relationnelle, qui vont faciliter l'adhésion du patient et l'alliance thérapeutique. »⁵ Certes, la synchronisation est ici présentée en tant qu'outil stratégique dont dispose le praticien pour mener à bien un accompagnement thérapeutique. Mais elle renvoie d'abord à *un processus naturel* et elle susceptible de devenir, à l'autre bout du spectre, un véritable *ethos* pour le praticien. On peut donc la considérer comme un *savoir du corps* où interviennent l'inné et l'acquis, une technique incorporée pour laquelle le savoir-quoi (*knowing that*) peut être mis au service du savoir-comment (*knowing-how*). Si l'on regarde à nouveau notre vignette de départ, on peut aisément saisir comment le clinicien se synchronise avec le malade en répondant spontanément à son salut militaire par un garde-à-vous impeccable.

Alors, la synchronisation est-elle un enjeu de la relation psychothérapique ? Sans faux suspense, ma réponse est « oui ! » ; mais contre les attendus que la question rhétorique de mon titre aurait pu susciter, la suite de mon exposé ne consistera pas en un excursus théorique de cette notion de synchronisation. La véritable question que je poserai est la suivante : comment, en assumant la « dissymétrie des rôles », le clinicien peut-il mobiliser son corps dans la relation psychothérapique ? Pour répondre à cette question, je m'adosserai sur les récentes interprétations de la théorie sartrienne des émotions afin de concevoir en quel sens on pourrait parler de « ruse thérapeutique » pour mettre en relief une compétence particulière du corps soignant engagé dans la relation psychothérapique. Je présenterai dans un premier temps le contexte clinique qui a donné son point de départ à cette proposition avant de rechercher chez les Grecs Anciens les moyens de penser la ruse dans un cadre déontologique.

1. Émotions et ruse thérapeutique

⁵ Pascale Haag, « L'hypnose d'inspiration ericksonienne », dans Michelle Vinot-Coubetargue, Edmond Marc (dir.), *Les fondements des psychothérapies : des origines aux neurosciences*, Dunod, 2014, p. 165.

Dans le prolongement d'une interrogation sur « la place du philosophe en psychopathologie »⁶, j'ai effectué de septembre à décembre 2016 un séjour d'observation au service de pédopsychiatrie du CHR de Liège. C'est la volonté d'éprouver concrètement un modèle où la pensée et la subjectivité « philosophantes » s'exposent aux aléas de la clinique qui a motivé ma démarche d'immersion à l'hôpital où j'ai exporté mon *studium* dans le bureau de l'infirmier-chef afin de *penser en situation clinique*. C'est là que j'ai recueilli le récit d'une situation vécue par l'équipe soignante dans laquelle, face à la « crise hystérique » d'une adolescente, l'un des infirmiers est intervenu en jouant la surenchère dans la colère afin de calmer la patiente « en criant plus fort qu'elle ». En agissant de cette manière, il montrait à la patiente qu'elle était « prise au sérieux dans ses symptômes » (crises clastiques) et il la ramenait au calme. À travers cet exemple, le propos de l'infirmier-chef visait à me présenter la manière dont les membres de l'équipe infirmière devaient se tenir à prêts à pare à toute éventualité en nécessitant parfois de mettre en œuvre des « ruses thérapeutiques » liées à l'appréhension des différentes pathologies des jeunes patients. Cette idée d'une *ruse thérapeutique* m'a parue tout à fait heureuse pour concevoir la manière dont les affects non seulement mobilisent les soignants mais encore peuvent être mobilisés par eux dans le soin. En ce sens, ne pourrait-on pas envisager un certain *savoir du corps* dont la ruse thérapeutique serait une voie d'expression dans l'enjeu central de l'accordage affectif du clinicien avec le patient ?

En effet, dans la *Psychopathologie de l'homme en situation*, Jérôme Englebert s'appuie sur la théorie sartrienne de l'émotion pour mettre en avant ses dimensions essentiellement relationnelle et significative. Sur ce point, il contribue aux récentes interprétations de l'*Esquisse d'une théorie des émotions* qui ont montré, notamment dans le sillage des travaux de Grégory Cormann, qu'un véritable projet anthropologique est à l'œuvre dans ce texte de 1939 où Sartre dégage à la fois l'intentionnalité et la finalité de l'émotion en la repensant comme une conduite magique. De ce point de vue, l'émotion est une transformation du corps visant à transformer le monde sur le mode d'une « conduite ineffective », là où les voies d'une action pragmatique et rationnelle apparaissent soudainement comme des impasses. Un peu plus loin Sartre rappelle les mots d'Alain affirmant que « l'homme est un sorcier pour l'homme » et il inscrit les rapports interpsychologiques au cœur d'une magie originelle qui constitue une « couche existentielle du monde ». Sartre observe alors que la plupart des émotions sont « impures » dans la mesure où

⁶ Cf. Englebert J. et Cormann G. (dir.) 2016. Psychopathologie et philosophie. Nouveaux débats et enjeux contemporains, *Le Cercle herméneutique* 26-27.

elles mélangent souvent deux grands types « suivant que c'est nous qui constituons la magie du monde pour remplacer une activité déterministe qui ne peut se réaliser (...) ou que c'est le monde lui-même qui se révèle brusquement comme magique autour de nous ». Cette révélation soudaine d'un aspect magique du monde est illustrée par Sartre par l'apparition d'un visage effroyable à la fenêtre produisant un effet qui abolit instantanément l'espace métrique et les distances mesurables. Que ce visage effroyable apparaisse à un ou à dix mètres de moi, je le vivrai de toute manière dans l'émotion comme une effraction de mes entours, quelque chose face à quoi je tombe subitement nez-à-nez. La théorie sartrienne de l'émotion implique ainsi selon Jérôme Englebert une « anthropologie de la relation » dans un monde où les visages règnent tout en s'engageant les uns les autres dans une terrible bataille des transcendances.

En acceptant une telle description de l'intersubjectivité où la conscience émotionnelle entre à chaque fois dans une forme de captivité et d'absolu, la question que je me pose est de savoir comment le clinicien reste en mesure d'« utiliser l'émotion comme élément central du dispositif clinique » ? En quel sens l'émotion peut-elle véritablement être un « outil » pour le psychothérapeute ? Comment le soignant peut-il travailler avec l'émotion du patient sans être pris lui-même par la sorcellerie qui voudrait agir sur lui ? En effet, si l'émotion retire toutes les médiations réflexives dans l'exposition de la conscience au monde ambiant, autrement dit si la conscience émue vit le monde et ses qualités sans distance, alors le soignant ne devrait-il pas plutôt se garder d'être dans l'émotionnel pour agir de manière adéquate ? Quelle conduite le soignant peut-il adopter pour se préserver de l'impact émouvant de certaines des situations de son quotidien ? Quelle marge de manœuvre a-t-il avec ses propres émotions ?

À mon sens, une voie pour dégager la possibilité d'une juste distance émotionnelle dans la relation du soignant au patient se dessine avec l'identification faite par Sartre de ce qu'il nomme « l'émotion fausse ». Dans la logique argumentative de l'*Esquisse*, la description phénoménologique de l'émotion fausse vise à amorcer la compréhension du caractère fonctionnel de l'émotion. Sartre comprend l'émotion comme un phénomène de croyance au sein duquel les manifestations physiologiques apportent une adhérence supplémentaire. Par contraste, l'émotion fausse n'entraîne pas le bouleversement du corps qui donne tout son sérieux à l'émotion.

« Ces états faux se distinguent malgré tout de ceux de l'acteur. L'acteur mime la joie, la tristesse, mais il *n'est pas* joyeux, ni triste parce que ces conduites s'adressent à un univers fictif. Il mime la conduite, mais il ne se conduit pas. Dans les différents cas d'émotions fausses (...), les conduites ne sont soutenues par rien, elles existent seules et sont volontaires. Mais la situation est vraie et nous la concevons comme exigeant ces conduites. »

Sartre souligne la dimension volitive de ce type d'émotion dont l'intention est présidée par une conscience positionnelle d'elle-même. On peut même dire que dans l'émotion fausse la conscience réflexive veut, sans y parvenir, entraîner tout son corps sur le plan de la conduite irréfléchie typique de la conscience émue. La conscience *simule* le trouble émotionnel car elle perçoit sur les choses une qualité qui appelle cette conduite : prise sans vert, cueillie à froid, elle cherche à se donner une contenance. Pour préciser la nature de ce type d'émotion qu'est l'émotion fausse, l'exemple de Sartre fait intervenir une convention sociale puisque c'est la politesse qui y fournit la « structure d'exigence » de la conduite émotionnellement fausse : on me fait un cadeau qui ne m'enchant guère mais je sur-joue le plaisir que j'ai de le recevoir. La situation exige du donataire de signifier la faveur avec laquelle on lui offre quelque chose. C'est cette structure d'exigence qui met l'émotion fausse au rang des émotions en la distinguant du pur jeu théâtral. Sartre précise en ce sens le genre des émotions fausses :

« Il ne faut pas entendre par là qu'elles soient imaginaires, ni non plus qu'elles doivent forcément s'anéantir plus tard. Leur fausseté vient d'une faiblesse essentielle qui *se donne* pour violence. L'agrément de l'objet qu'on vient de me donner existe beaucoup plus comme exigence que comme réalité ; il a une sorte de réalité parasitaire et tributaire que je sens fort bien, je sais que je le fais apparaître sur l'objet par une manière de *fascination* ; que je cesse mes incantations, il disparaîtra aussitôt. »

L'émotion fausse est donc un positionnement dans une situation qui exige du sujet une manifestation affective dont il a conscience de la valeur de représentation. Ce qui compte principalement dans ce cas-là, c'est la réponse intersubjective donnée par le canal émotionnel.

On commence à apercevoir en quoi l'émotion fausse peut être une ressource pour le soignant. En effet, sous l'espèce d'une « comédie (...) à demi sincère », elle peut devenir un excellent moyen d'intervention auprès des patients dont la propre conduite émotionnelle surgirait de manière envahissante ou inadaptée au sein du cadre thérapeutique. L'émotion fausse mettrait alors en jeu une certaine *distance* entre la signification de la conduite et le vécu émotionnel, de sorte que le sujet puisse se parer contre les sortilèges d'autrui, tout en y répondant. La « théâtralité originaire de l'émotion », pour reprendre la formule de Raphaël Gély, ouvre ainsi une voie à l'action thérapeutique dont la *ruse* pourrait consister à entrer activement dans le jeu de l'autre, à donner du crédit à son émotion en y répondant en vue de l'accompagner vers un changement de conduite.

2. De la ruse de l'intelligence à l'utilisation thérapeutique de soi

C'est à dégager un sens axiologiquement positif de la *ruse* dont fait preuve le soignant que je vais maintenant m'appliquer. Par ruse, on entend usuellement l'habileté d'une personne à agir de façon *astucieuse* et *maligne* pour parvenir à ses fins – quitte à être fourbe et déloyale. Aussi la personne rusée est-elle celle qui parvient à tourner les situations à son avantage en utilisant son esprit plutôt que la force, celle qui retourne en sa faveur les éléments qui sont contre elle. C'est à la catégorie grecque de *mètis* telle que Marcel Détienne et Jean-Pierre Vernant l'ont étudiée que je me réfère pour comprendre la ruse comme une forme particulière de l'intelligence et la créditer d'un possible usage déontologique. Dans la mythologie grecque, M  tis, fille des Titans O  c  anos et Th  tys, est la divinité qui incarne la sagesse et la capacité de voir à l'avance ce qui va se passer. En tant que catégorie mentale, la *m  tis* désigne alors un certain type d'intelligence exercé à des fins pratiques sur des matières très variées, et mise en œuvre par des compétences aussi diverses que le savoir-faire de l'artisan, l'habileté du sophiste, la prudence du politique, l'art du pilote ou encore le traitement du médecin. L'usage de ces compétences implique une série d'attitudes mentales combinant le flair, la sagacité, la débrouillardise et le sens de l'action. Ce qui m'intéresse en particulier, c'est de comprendre la ruse comme *la faculté de s'adapter à des situations à la fois ambiguës et mouvantes où règnent la multiplicité et la diversité*. L'efficacité de la *m  tis* tient à sa puissance à la fois polymorphe et fonctionnelle lui permettant une grande modulation aux contours propres de son objet, un objet à chaque fois changeant dans l'espace et dans le temps.

Aussi la *m  tis* est-elle particulièrement requise et convoquée dans les gestes médicaux car il s'agit pour le médecin d'être dans la rapidité et la justesse du coup d'  cil, tout en faisant preuve d'une intelligence stochastique, soumise à l'ordre du probable et aux aléas. En effet, le médecin est amené à s'orienter dans un monde de symptômes mouvants et il mobilise les ressources d'une intelligence aussi polymorphe que son adversaire, la maladie, est protéiforme. En même temps, un aspect essentiel de la pratique médicale est d'agir rapidement et au bon moment au sens où la médecine est un art de mesure fugitive et les occasions d'intervenir sont toujours ponctuelles. Un dernier élément important de cette compréhension de la ruse se trouve dans le chapitre conclusif de l'ouvrage de Détienne et Vernant où les historiens insistent sur le fait que « pour déployer toutes ses ressources, l'intelligence rusée a besoin de l'échange circulaire du lié et du lieu » (p. 290). On retiendra alors qu'avec les arts du lien, la *m  tis* rencontre au plus près l'*ars magica*, la magie qui n'est autre qu'un art de nouer la force et le sens, les signes et les réalités dans une circularité signifiante et instauratrice de puissance. Ces analyses nous permettent finalement de penser plus spécifiquement la ruse thérapeutique

comme une habileté que le soignant développe sur le terrain, un sens pratique face à la diversité et à l'imprévisibilité des situations dans lesquelles il doit intervenir. Constituée sur le terrain de l'expérience, la ruse thérapeutique relève de la *mathesis singularis* et elle exige du soignant de mettre en œuvre une certaine *utilisation thérapeutique de soi*.

On a parlé hier des difficultés à combler le hiatus entre le discours sur le corps et « ce que peut un corps ». Je voudrais, pour terminer, interroger la modalité par laquelle j'ai moi-même été un corps en situation clinique. Je reconnais que ma présence au service de pédopsychiatrie a été un moment où j'ai vivement ressenti à quel point j'étais un être pensant à qui le corps se rappelait subitement. Dans ce dispositif, j'ai pu éprouver l'ancrage affective de la subjectivité pensante et la teneur émotionnelle de la pratique clinique. Derrière cette lapalissade, je voudrais ajouter l'hypothèse selon laquelle ma subjectivité de philosophe en psychopathologie s'est exposée à devenir en quelque sorte le *corps analogique* du clinicien car il a bien fallu à mon tour me prendre au jeu de la relation pour mettre en perspective le rôle de l'émotion fautive comme expression possible d'une ruse thérapeutique.

Je terminerai mon exposé en retournant à la réflexion plus générale de Binswanger sur l'essence de la psychothérapie dans une conférence de 1927 dont le titre était justement *Über Psychotherapie* et dont il existe désormais une traduction française :

« L'homme ne peut jamais agir sur l'homme seulement comme un organisme sur un organisme, ni non plus par contagion instinctive des sentiments ni par mimétisme, mais toujours seulement par le moyen de l'esprit, du coup d'œil encourageant, réprobateur ou furieux, du geste amical ou menaçant, et avant tout du mot par lequel la part fonctionnelle décroît considérablement au profit de la part spirituelle pour le rapport intersubjectif. »

Tout le problème pour le fondateur de la *Daseinsanalyse* est de savoir comment le médecin peut agir sur la double totalité corporelle et spirituelle du malade. Au-delà de la psychothérapie naïve qui peut s'exercer dans les relations courantes entre deux individus, la psychothérapie médicale relève d'une véritable « vocation » et se tient dans « une situation fondamentale éthique ». On sait que le terme de psychothérapie est issu de Bernheim et de ses recherches sur la suggestion et l'hypnose. On sait aussi que la psychanalyse s'est construite sur une volonté de dépasser la question des effets de la suggestion dans la cure et les médications psychologiques. Il me semble intéressant de relever que dans cette conférence de 1927, Binswanger pouvait, d'une part, reprocher aux psychanalystes d'oublier le corps (dans leur dispositif, non dans leur théorie) et, d'autre part, affirmer que la méthode de suggestion demeurerait pour lui un outil efficace dans le cadre de « l'approfondissement de l'histoire de vie

individuelle » de ses malades. Approfondir l'histoire de vie, c'est-à-dire dégager les grands repères existentiels dans lesquels les malades évoluent, retrouver les images corporelles, psychiques et cosmiques qui caractérisent leur présence au monde :

« Un autre [domaine], immense celui-là, et dépassant de très loin celui du rêve, est le domaine de la conscience et du langage imageants. En principe, la psychothérapie, ici, accomplit la même œuvre et agit exactement comme chez notre malade car la sphère corporelle et la sphère métaphorique sont très étroitement liées. Ici aussi, le soi-même est à délivrer des rets et des pièges des images dans lesquelles il est pris, *dans* lesquelles il vit encore d'une certaine manière, de même qu'il vit d'une certaine manière dans la sphère corporelle. »⁷

C'est ici qu'un dialogue entre la psychiatrie phénoménologico-existentielle et l'hypnose d'inspiration ericksonienne pourrait s'avérer prolifique pour ouvrir des pistes à des accompagnements psychothérapeutiques dont la synchronisation constitue la pierre de touche.

⁷ Ibid., p. 146.